

1930
Gene Medical
UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE INFANTILE — M. LE PROFESSEUR P. GAUTIER

LA VARICELLE HÉMORRAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SELIM J. SLIM

Djezzine (Liban)

Thèse N° 1345

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1930

NEWYORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR -5 1930
LIBRARY

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE INFANTILE — M. LE PROFESSEUR P. GAUTIER

LA VARICELLE

HÉMORRAGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

SELIM J. SLIM

Djezzine (Liban)

Thèse N° 1345

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1930

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de M. le Professeur P. GAUTIER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Le Doyen : EUG. BUJARD

Genève, le 29 Juillet 1930

Je présente ma thèse :

A M. le professeur M. Roch, directeur de la Clinique Médicale de la faculté de médecine de Genève.

A M. le professeur Askanazy, directeur de l'Institut d'anatomie-pathologique de la faculté de médecine de Genève.

A tous mes professeurs de la faculté de médecine de Genève.

Avant d'aborder le sujet de ce travail, je tiens à remercier sincèrement et à exprimer ma profonde reconnaissance à M. le professeur Gautier, président de ma thèse, directeur de la Clinique Infantile de la Faculté de médecine de Genève, dans le service duquel cette thèse a été élaborée, pour la bienveillance, l'amabilité et les encouragements qu'il m'a cessé de me témoigner.

Je tiens aussi à remercier mon cher ami, M. Léon Tajkif, assistant dans la clinique ophtalmologique.

A mon oncle Maroun Khattar Slim,
en témoignage de tous les sacrifices et de l'affection filiale qu'il
s'est imposée pour moi.

A mes Parents,
en témoignage d'affection filiale.

A mes Frères, A mes Sœurs,
amour fraternel.

A mes Amis.

Nasri H. Bitar.

Chaker Frères.

Introduction

La varicelle hémorragique étant une maladie très peu étudiée, nous nous proposons, dans ce travail, de contribuer à son étude dans nos modestes possibilités en apportant quelques-unes des observations citées par des auteurs anglais, comme aussi en présentant une de nos observations personnelles de la clinique infantile de l'Université de Genève. Cette observation nous paraît intéressante par ses manifestations les plus typiques. C'est en nous basant sur cette observation que nous développons, dans ce travail, nos opinions sur la varicelle hémorragique.

Historique

La varicelle hémorragique n'est, à notre avis, qu'une forme plus maligne de la varicelle ordinaire. Ces deux maladies ont en somme une histoire commune. Ce n'est que cliniquement qu'elles diffèrent.

La varicelle hémorragique n'est qu'un résultat, soit d'une exaltation particulière de l'agent pathogène, soit d'une diminution de résistance du malade par suite d'une affection antérieure (coqueluche, rougeole, scarlatine, etc.)

Donc, comme nous l'avons dit, l'histoire de la varicelle hémorragique est celle de la varicelle ordinaire. La varicelle, longtemps confondue avec la variole, en a été séparée vers la fin du XVII^e siècle par RIVIÈRE, SENNERT et HARVEY, puis par HEBERDEN, en 1767. Mais ce sont surtout DESATEUX et VALENTINE qui, en 1799, établirent nettement cette distinction. Malgré ces travaux, de nombreux auteurs continuaient à identifier les deux affections jusqu'au jour où TROUSSEAU affirma l'autonomie de la varicelle. Cette autonomie parût alors définitivement admise en France, mais l'école de Vienne avec HEBRA et KAPOSI s'est refusée à admettre cette conception et soutient encore que la varicelle et la variole ne sont que deux formes différentes d'une même infection. C'est d'ailleurs également l'opinion de TALAMON qui décrira (varicelle, vaccine, variole, variolé) comme étant des formes différentes d'une même maladie, atténuée ou exaltée par des passages successifs de l'animal à l'homme et de l'homme à l'animal.

Observation I. — Varicelle hémorragique, par le Docteur G. CAMP et BELA, dans le (Canadian Medical Association, journal 1915, page 610).

Fille née le 5 septembre 1914. Reçue le 25 février, présente quelques bulles. Le 2 mars, après une défervescence, la fièvre se rallume. Le 3 mars, l'éruption devient hémorragique, écoulement sanguin par le vagin, épistaxis. A 9 heures du soir, hémorragie par la bouche et le nez. Le 4, à 9 heures le matin, melæna. Mort à 11 heures. Moins de 27 heures après le début des symptômes hémorragiques.

Autopsie. — Caillot sanguin dans l'oreille externe gauche, les narines, purpura disséminé sur la peau, des taches hémorragiques sur la poitrine, plèvres et péricarde.

Observation II. — Varicelle hémorragique et gangrèneuse, par le Dr H. STORRI (of the British journal of the Children's diseases, février 1914).

Cas n° 1. — Garçon de 6 ans, reçu le 3 décembre 1912 pour une scarlatine. Le 2 janvier 1913, il a la varicelle (un autre cas ayant séjourné dans la même salle vers le 17 décembre) avec éruption discrète. Le 5 janvier, la fièvre s'allume, l'enfant s'est gratté en plusieurs endroits, agitation la nuit. Le lendemain on voit une surface rouge sur le milieu de la clavicule gauche avec deux pustules, céphalalgie, langue saburrale. Extension rapide de la rougeur claviculaire. On applique des compresses phéniquées à $\frac{1}{40}$, on observe du gonflement des parties rouges sans fluctuation. On fait quelques incisions, et on constate un grand décollement de la peau avec gangrène des pustules. La culture donne des streptocoques et des staphylocoques.

Cas n° 2. — Garçon de 4 ans, reçu à l'hôpital pour scarlatine, et qui était dans la même salle que le malade précédent. Le 13 janvier se déclare la varicelle discrète avec la fièvre et des plaques hémorragiques évoluant comme le cas précédent.

Observation III. — D^r DAVID, ALEXANDER (British Medical journal 1909).

Cas n° 1. — En décembre 1907, une fille de 7 ans, convalescente de varicelle, commença à souffrir de douleur et des gonflements dans les grandes articulations. Le salicylate de soude fait disparaître les symptômes articulaires qui sont remplacés par des vomissements hémorragiques. Au bout de quelques jours on observe du melæna et des éruptions purpuriques.

Cas n° 2. — Garçon de deux ans et demi. A eu coqueluche et bronchopneumonie en mars 1908. En juin, il contracte la varicelle hémorragique avec des bulles, des ecchymoses au-dessus des genoux et sur le bras. L'enfant est très malade, il souffre de l'estomac, l'abdomen est gonflé, il a du melæna et des ulcérations des bulles. Le ventre reste gros, des glandes inguinales apparaissent.

Observations personnelles

Clinique infantile, Hôpital Cantonal de Genève, G. G., 4 ans, séjour : du 28 février au 18 mars 1930.

Antécédents héréditaires : parents bien portants, un frère vient d'avoir la varicelle.

Antécédents personnels : née à terme, poids : 3 k. 300.

Nourrie au sein pendant 15 mois.

Bien portante comme nourrisson.

A part cela, toujours bien portante.

Antécédents héréditaires : le 16 février, varicelle débute : le 20 pétéchies sur les jambes, les pieds, à la bouche, pas de fièvre. Le soir, apparition des pétéchies de la bouche et de la nuque. Le même jour, à midi, épistaxis. A quatre heures, deux vomissements de sang. L'enfant a mauvais poulx. Un médecin voit l'enfant et l'envoie à la clinique.

Status d'entrée. — Fillette de 4 ans, température 36°.2. Dyspnée très intense, mi-œdème, mi-cyanose. Le teint est très pâle, l'enfant semble exangue. Les lèvres, les gencives, et les conjonctives sont décolorées. Les deux jambes, les cuisses, les flancs, sont le siège de pétéchies et d'ecchymoses lisses, ne disparaissant pas à la pression.

Sur les anciennes croûtes de varicelle, apparaissent quelques pétéchies rouges violacées. Taches ecchymotique du voile du palais, de la muqueuse des joues, de la langue, du pharynx, des amygdales et des conjonctives. Le pouls est très petit, à peine perceptible. Les bruits cardiaques sont sourds, faiblement frappés. L'enfant a de profonds baillements à décrocher les mâchoires et a des mouvements d'agitation.

Subitement, une à deux minutes après son arrivée, l'enfant rejette près de 150 cc. de sang rouge, mêlé de quelques caillots.

On fait, dès l'arrivée, la médication d'urgence : cardiotonique, tamponnement antérieur de la narine avec tampon d'antipyrine, coagulant, hémostyl, sang paternel et sérum physiologique. Quelques minutes plus tard, le pouls est plus ample, bien frappé. L'épistaxis semble s'être arrêté. L'enfant baille encore très profondément. Peu à peu les joues rosissent insensiblement. Les lèvres sont un peu moins pâles, l'enfant est calme, repose. L'hémorragie nasale est arrêtée.

Sang :

Hgb. : 70 %
Gl. r. : 3,875,000
Gl. bl. : 21,080

Formule leucocytaire :

Lymphocytes : 13 %
Polyleucocytes : 87 %

Status cardio-vasculaire. — Cœur est à sa place normale
Bruit et rythme physiologiques.

Pouls plus ou moins régulier, bien frappé, pas de souffle,
pression = $11 \frac{1}{2}$ 6 $\frac{1}{2}$ au Vaquez Laubry.

Status pulmonaire. — Sonorité normale.

Murmure vésiculaire normal.

Aucun bruit surajouté.

Ne tousse pas, ne crache pas.

Appareil digestif. — La langue un peu saburrale, abdomen souple et indolore. Aucune manifestation intestinale. Foie, rien de particulier. Rate n'est pas palpable. Melæna (+ +).

Appareil gènito-urinaire. — Normalement conformé. Urine de quantité normale.

Albumine = 0

Sucre = 0

Sang = 0

Acétone = 0

Appareil nerveux. — Rien de particulier.

Traitement. — On fait toutes les trois heures de l'huile éthéro-camphrée. On refait une infusion de sérum physiologique de 20 cc. de coagulène intra-musculaire. L'enfant passe une bonne nuit.

Le 22 février 1930 : semble plus reposé, le teint de l'enfant est encore un peu cireux. Les conjonctives sont très faiblement colorées. On constate l'apparition à la face antérieur de la cuisse gauche deux pointillés de petites taches rouges vif et pas d'arthropathie. Les ecchymoses vont du violet au jaune. Les taches sanguinolantes des muqueuses sont moins vives. Le poulx est plein, bien frappé. L'épistaxis arrêtée. On continue la médication hémostatique :

5 + 20 cc. coagulène intra-musculaire.

4 — 5 ampoule d'hémostyl.

22 cc. sang paternel.

Le 23 février 1930 :

Sang :

Formule leucocytaire :

Hgb. : 70 % — 75 %

Lymphocytes : 15 %

Gl. r. : 3,780,000

Gd nucléaire : 7 %

Gl. bl. : 7,100

Monocytes : 5 %

Polynucléaires : 73 %

Pas d'hématés nucléés.

Temps de saignement : 4 1/2 à 5 minutes.

Rétraction du caillot — pas faite (on réserve la veine pour transfusion). Résistance globulaire (signe du lacet +).

Temps de coagulation : 23 minutes.

Plaquettes sanguines, environ 110,000.

L'enfant a encore du mælena. Les urines sont claires — sang, albumine = 0. Le poulx est bien frappé. pression = 12 1/2 — 7. au Vaquez Laubry.

L'enfant boit est très calme, a meilleur teint.

On continue quotidiennement l'injection de coagulène et 20 à 25 cc. du sang paternel.

Le 25 février 1930. L'enfant commence à se colorer un peu. L'épistaxis est arrêtée.

On continue: coagulène: 20 cc.; hémosthyl: 3 ampoules. environ: 20 cc. de sang paternel. Boissons: jus de viande gelée.

Sang: Hgb. 75 %

Gl. r.: 3 810,000

Gl. bl.: 11,300

Pas de globules rouges nucléés; melæna = 0; urine claire

Albumine, sang, sucre = 0.

Le 28 février 1930. L'enfant a meilleure mine, se colore davantage de jour en jour. Les taches purpuriques, les ecchymoses sont en voie de disparition.

On continue le même thérapeutique.

Le 2 mars 1930:

Sang:

Hgb.: 75 %

Gl. r.: 3,830,000

Gl. bl.: 16,100

Formule leucocytaire:

Lymphocytes: 21 %

Grand monos: 7 %

Polynucléaire: 70 %

Pas de poikilocytose ni d'anisocytose. Pas de globules rouges nucléés.

On espace les injections de sang paternel et on commence à donner quotidiennement 125 gr. de foie de veau à côté de la nourriture habituelle, coagulène, hémostyl.

Le 5 mars 1930. L'enfant prend bonne mine, les muqueuses, le teint se colorent. On donne des poudres à base de fer.

Le 9 mars. *Sang*: Hgb. 80 %

Gl. r.: 4,110,000

Gl. bl.: 7,300

Plaquettes sanguines: 140,000

Le 17 mars. *Sang*: Hgb. 80 - 85 %

Gl. r.: 4,310,000

Gl. bl.: 6,800

Le 18 avril 1930. Guérie.

Etude Clinique

Étiologie. — La varicelle hémorragique, comme nous l'avons vu dans les observations, est souvent précédée par la varicelle ordinaire. Celle-ci frappe surtout les enfants entre l'âge de 2 à 10 ans. La varicelle est extrêmement contagieuse, surtout au début de son évolution. Elle ne survient guère avant six mois. Elle confère l'immunité, aussi est-elle rare chez l'adulte.

Bactériologie. — Magnaud et Riboisière ont cru avoir trouvé dans les vésicules de la varicelle apparaissant dans les premiers trois jours de la maladie un bacille, mais la culture et l'inoculation n'ont pas affirmé l'identité d'un bacille spécifique. On peut plutôt admettre la présence d'un virus filtrant atténué ou exalté par ces passages successifs de l'animal à l'homme et de l'homme à l'animal.

Période d'incubation: l'incubation dure quatorze jours en moyenne; pendant ce temps, on ne remarque aucun symptôme apparent.

Invasion: vers la fin de la période de l'incubation apparaissent les premiers symptômes. Ces signes sont très légers et passent souvent inaperçus. Généralement, il y a une petite ascension thermique, quelque frissons, de l'anorexie, rarement le début est bruyant et fébrile. Des vomissements peuvent se produire. Cette période d'invasion ne dépasse pas vingt quatre à quarante huit heures. Après cette période apparaissent les éléments éruptifs qui sont d'abord maculeux, ils constituent des taches rouges limitées. Cette forme de vésicules ne dure que quelques heures. Bientôt elles deviennent légèrement papuleuses et très rapidement se développe la vésicule caractéristique. Dans la varicelle ordinaire, cette vésicule contient un liquide absolument clair, mais dans la varicelle hémorragique, le liquide devient hémorragique, soit au début de la formation de la vésicule, soit quelques heures après. Ces vésicules hémorragiques apparaissent sur les jambes, les pieds, autour de la bouche et de la nuque. En même temps il y a des vomissements, de l'épistaxis et des hémorragies. Les hémorragies sur la peau apparaissent sous la forme des pétéchies, ce qui les caractérise c'est qu'elles ne disparaissent pas sous la pression digitale. Quel-

quefois, on note des hématuries. Des taches ecchymotiques apparaissent sur le voile du palais et à la muqueuse des joues, de la langue, du pharynx, des amygdales et des conjonctives. L'état général est grièvement atteint.

L'étude du sang. — Dans la varicelle hémorragique, comme nous l'avons dit, le sang est fortement atteint. C'est de son altération plus ou moins profonde que dépend le pronostic. Au commencement de la varicelle, les premiers deux jours l'examen du sang montre une leucopenie qui traduit un état passif, due à l'intoxication et à une invasion de l'organisme par le microbe.

Dès que l'hémorragie commence, la leucocytose fait place à la leucopémie. Ceci est un phénomène de compensation de la perte des éléments figurés du sang. L'hémoglobine reste presque normale ou diminue un peu car les globules rouges n'est pas détruit par action hémolytique, mais a diminué en masse. Le rapport entre le plasma et les globules rouges reste presque normal. Les globules rouges varient de 3.000.000 à 3.800.000. Ceci dépend de la gravité de l'hémorragie. En même temps, on remarque souvent une réaction leucocytaire. Les tissus réagissent assez et la thrombocythénose étant en quantité suffisante, le temps de saignement reste autour de la normale ou un peu modifié. Il est regrettable que dans les quatre observations que je cite, l'examen du sang n'ait pas pu être fait, les malades étant décédés quarante huit heures après leur entrée à l'hôpital.

Dans notre observation l'examen du sang montre un temps de coagulation de 23 minutes, les plaquettes sanguines à 110 000, signe du lacet positif (résistance globulaire). La rétraction du caillot n'a malheureusement pas été faite. Selon Hayem, Hemson et Chapiro, la coagulation du sang dépend de la quantité de ces plaquettes sanguines. Du nombre des plaquettes sanguines dépend également la rétraction du caillot. Nous voyons donc le rapport qui existe entre la coagulation et la rétraction du caillot. Ces questions ont beaucoup d'expérience, par exemple : la plasma isolée du sang d'un cheval étant riche en plaquettes, coagulait plus vite que les plasmas privées de ses éléments par filtration.

Nous sommes portés à conclure que dans la varicelle hémorragique, il y a certainement aussi une modification de la retraction du caillot.

Pronostic

Le pronostic de la varicelle hémorragique est, dans la forte majorité des cas, fatal. Il dépend de la gravité de l'altération du sang et de la résistance du petit malade. Toutefois, et notre cas en est un exemple, il n'est pas exclu de constater de temps en temps une guérison due, soit au traitement énergique et précoce, soit à une résistance particulière de l'individu atteint.

Traitement

Il est de deux ordres :

Prophylactique et curatif.

Traitement prophylactique. — Il consiste en l'isolement du malade spécialement au début, car comme nous l'avons dit, cette maladie est très contagieuse, il n'y a ni vaccin, ni sérum.

Traitement curatif. — Le traitement curatif est purement symptomatologique.

Conclusion. — D'après les observations que nous venons d'exposer, nous pouvons relever et mettre en lumière différents points :

1. — La varicelle hémorragique est très rare et attaque de préférence les enfants de 2 à 8 ans.

2. — Les enfants affaiblis par des maladies antérieures, telle que la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, en sont plus facilement atteints.

3. — Cette maladie est très contagieuse.

4. — Le pronostic de cette affection reste très sombre, mais nous croyons qu'il n'est quand même pas exclu de constater de temps en temps une guérison.

5. — Le traitement par les coagulants nous paraît très efficace.

Il serait d'une grande importance, et ceci nous l'attendons de la bactériologie, d'identifier l'agent pathogène. La préparation d'un vaccin ou d'un sérum pourrait être envisagée. Elle contribuerait à modifier le pronostic de cette affection.

BIBLIOGRAPHIE



Archive de Médecine des enfants (Canadian medical association journal, 1915, p. 610).

The Britich journal of children diseases, Fev. 1914.

Britich medical journal, Janvier 1909.

Traité de médecine par BERGE et LOURY.

Nouveau traité de médecine, pathologie interne.

Blood in variation in blood formule in unitial varicelle (Chinical pedcatrec. Nov. 1048-1060.

Varicelle y its complication (W. times New-York Warch 87-89).

Traité de physiologie normal et pathologique par ROGER.

LEROY MARCEL, contribution à l'étude de varicelle dite gangreneuse, Art. 1922, p. 29.

235 MOFNEAU et de la REBOISIÈRE sur la présence constante du bacille (compt. société de Biology. 1911, p. 309.

MERKLEN, Gazette Medical de 1911, 249.

MITCHEN et FLETCHER (journal de w. Association) 279-28, July 23-27.

Bulletin et Mem. Société Médical. des hôpitaux de Paris, Juin, 16-27.

